Humanitaire
Enjeux, pratiques, débats

27 | 2010
Haïti : sortir de la dépendance humanitaire ?

Haïti : sortir de la dépendance humanitaire ?

Édition électronique
URL : https://journals.openedition.org/humanitaire/880
ISBN : 978-2-918362-45-6
ISSN : 2105-2522

Éditeur
Médecins du Monde

Édition imprimée
Date de publication : 19 décembre 2010
ISSN : 1624-4184

Référence électronique
« Haïti : sortir de la dépendance humanitaire ? », *Humanitaire* [En ligne], 27 | 2010, mis en ligne le 19 janvier 2011, consulté le 24 octobre 2022. URL : http://journals.openedition.org/humanitaire/880

Ce document a été généré automatiquement le 24 octobre 2022.

Tous droits réservés

Haïti : sortir de la dépendance humanitaire ?

Luc Evrard

1 La question qui nous est posée ce soir, c'est celle de la sortie de la dépendance humanitaire d'Haïti. On essaiera d'abord de la constater avant de savoir si on doit en sortir, si on peut et comment. Mais d'abord, Olivier Bernard, pourquoi avoir organisé cette rencontre sur Haïti aujourd'hui à Médecins du Monde ?

Olivier Bernard

2 C'est toujours un pari que de penser une situation de crise alors qu'elle se déroule encore, et ce d'autant plus lorsque nous-mêmes, acteurs, sommes impliqués dans cette crise. Les historiens ou les anthropologues pourraient à juste titre nous reprocher le manque de recul par rapport à l'objet d'étude. Mais si Médecins du Monde a choisi de créer les conditions d'un débat autour de la situation en Haïti dans le cadre de la revue Humanitaire - qui fête ses dix ans cette année -, c'est bien parce que cette revue a été créée pour cela : ouvrir un espace de débat et de réflexion sur les questions humanitaires en croisant les regards, toujours en lien avec les terrains. Le numéro 13 « L'Humanitaire en catastrophe(s) » de décembre 2005 faisait suite au Tsunami survenu un an plus tôt et il me semble qu'à l'époque nous avions su, bien qu'étant impliqués dans la crise, en tirer un certain nombre de réflexions et recommandations.

3 Médecins du Monde est en Haïti depuis plus de vingt ans, mais il me semble que la situation qui prévaut depuis le 12 janvier 2010 concentre en un même lieu et dans un temps court la majorité des défis auxquels l'ensemble des acteurs de l'aide nationale et internationale se doivent de faire face et de répondre dans les prochaines années. Des questions nous sont également posées par les Haïtiens eux-mêmes, ici et là-bas, mais aussi par des journalistes comme Luc Evrard qui s'est rendu sur place en juillet avec nous et en a rapporté un texte[1], et par nos donateurs qui se sont beaucoup mobilisés. Il était donc de mon devoir, en tant que responsable de cette organisation, de créer les conditions d'une réflexion sur les enjeux actuels ou futurs.

Luc Evrard

4 Thierry Allafort-Duverger, vous rentrez aujourd'hui même de Port-au-Prince : comment Alima est intervenue depuis le 12 janvier et quelle a été depuis l'évolution de cette démarche ?

Thierry Allafort-Duverger

5 Alima est une jeune organisation, puisqu'elle a été créée il y a un an et demi par un groupe de cadres d'ONG internationales qui avaient envie de travailler un peu autrement. Notre philosophie est d'essayer de mener nos projets de santé primaire ou secondaire avec une vraie plus-value sur l'acte de santé qu'on peut porter à une population, en étant le plus rapidement possible ancré avec des partenaires nationaux. En Haïti, nous sommes arrivés quatre jours après le séisme, sachant qu'il nous en a fallu deux pour nous rendre sur place en raison des difficultés pour atterrir. Mais notre opération avait commencé avant avec le partenariat que nous avons noué avec une autre ONG française, La Chaîne de l'espoir, qui pouvait apporter un certain nombre de compétences comme des chirurgiens, des médecins et des infirmières, mais nous appuyer aussi grâce à sa capacité à lever des fonds.

6 Nous avions également trouvé auparavant un partenaire national, une clinique privée des quartiers bourgeois de Port-au-Prince spécialisée en soins esthétiques dont la directrice, le Dr Degand, avait ouvert ses portes aux blessés… On a trouvé une clinique remplie de centaines de rescapés, avec des gens qui dormaient dehors à même le sol, attendant d'être pris en charge dans cette clinique très petite, qui n'avait qu'une dizaine de lits. Notre activité a donc été de la renforcer en ressources humaines. Alima prendra en charge, en partenariat avec cette clinique, à peu près 1 500 blessés… Mais il faut dire tout de suite que nous arrivions déjà après ceux qui avaient apporté les premiers soins, et qui n'étaient pas les ONG internationales, mais simplement les voisins, les médecins de quartier, le beau-frère, le père, qui ont gratté les gravats et sorti eux-mêmes des milliers de personnes. Il en a été de même des soins. De toute façon, il n'y a aucun organisme, même le meilleur, qui aurait pu déployer en quelques heures les moyens de prendre en charge tous les blessés qu'on a vus. Dans les premières heures, beaucoup de gens sont morts, par exemple ceux souffrant de blessures abdominales. Les premiers soins ont été faits soit par les acteurs locaux, soit par les acteurs internationaux qui avaient déjà des missions sur place.

7 Ce séisme était une grosse catastrophe du point de vue traumatique : membres inférieurs et supérieurs brisés. On a donc poursuivi avec cette clinique privée qui a peu à peu repris son fonctionnement normal, avec une médecine assez chère pour des gens aisés, mais a décidé de garder un projet de soins gratuits. Aujourd'hui, avec le concours de la Fondation de France entre autres, on continue de faire une chirurgie de reconstruction fonctionnelle parce que réparer un bras ou une jambe, c'est long. Aujourd'hui, il y a encore beaucoup de gens qui ont des séquelles de cette catastrophe et qu'il faut continuer à prendre en charge.

8 J'étais sur place quand l'épidémie de choléra a éclaté. On sait qu'il s'agit d'une maladie facile à soigner médicalement parlant, mais c'est assez compliqué en termes logistiques : il faut être sûr de pouvoir faire fonctionner un centre 24 h/24, 7 jours/7 et pour une petite organisation comme Alima, ce n'est pas évident. Je pense que 90 % des cas de choléra ont été traités dans les premières semaines de l'épidémie par Médecins sans Frontières. Alima a essayé d'avoir une approche pluri partenariale, on s'est installé dans un hôpital communautaire sur Pétionville où les soignants eux-mêmes manquaient de connaissances en la matière car il faut quand même rappeler qu'il n'y

avait jamais eu de choléra en Haïti. Donc on les a aidés à monter un centre de traitement, on est présent auprès de différents hôpitaux publics et privés, soit qui voulaient prendre en charge les cas, soit qui voulaient seulement pouvoir les référer, avec un réseau d'ambulances, des points de réhydratation orale, etc. On a eu la même démarche sur un camp à Delmas où on a monté une unité de prise en charge du choléra.

Luc Evrard

9 Antoine Petibon, quel dispositif la Croix-Rouge française a-t-elle mis en place ?

Antoine Petibon

10 La Croix-Rouge française était présente depuis pratiquement quinze ans. Nous sortions de très longues périodes de réponses cycloniques récurrentes sur ce pays. Nous étions même en phase de repli avec des programmes de renforcement des capacités des populations face aux risques de catastrophes.

11 Quelques éléments pour recadrer notre intervention. Le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge est le plus important réseau humanitaire au monde. Il comprend 3 entités : le CICR, la Fédération et les 186 Sociétés Nationales (SN), qui possèdent chacune un mandat propre. Le CICR intervient plus spécifiquement en temps de conflits armés, la Fédération rassemble les SN, les représente sur la scène internationale, et coordonne leur action à l'international notamment en cas de catastrophes. Les SN en tant qu'auxiliaires des pouvoirs publics agissent au niveau national et international dans des domaines d'actions très divers.

12 La Croix-Rouge française est la plus grosse association de France avec 17 000 salariés. Mais 95 % de son énergie, de ses activités, de ses ressources sont déployées sur le territoire national, ce qui veut dire aussi les DOM-TOM. Et dans la réponse Haïti la délégation Croix-Rouge en Guadeloupe a beaucoup œuvré. La grande force du mouvement Croix-Rouge est d'avoir un partenaire naturel, à savoir la Croix-Rouge haïtienne qui, d'une certaine manière, est comme nous auxiliaire de son État, donc à l'écoute de celui-ci. Nous sommes intervenus dans le sauvetage immédiat, l'avantage étant que les délégués de la Croix-Rouge française sont souvent formés aux premiers secours. Mais notre délégation a aussi été personnellement affectée : on a dû évacuer des expatriés présents au moment du tremblement de terre. Sur les quatre premiers mois de la réponse, ce sont 150 expatriés qui ont été envoyés, pour prendre en charge 66 camps ou sites de rassemblement spontané sur Port-au-Prince, ce qui représentait plus de 200 000 personnes. Ce sont des chiffres importants : la réponse en Haïti est comparable à celle que nous avons faite sur cinq des pays les plus affectés lors du tsunami de 2004 en Asie. C'est que ce tsunami avait surtout fait des morts et peu de blessés, alors que le séisme en Haïti a fait beaucoup de blessés, ce qui implique de nombreuses prises en charge, autrement dit une échelle de réponse importante : des millions de litres d'eau distribués, des centres de santé avec plus de 55 000 consultations, toujours sur les quatre premiers mois. Depuis on a changé d'approche pour privilégier quatre grands quartiers, et de 66 camps on est passé à une petite quinzaine de camps très spécifiques avec des problématiques très particulières où les bénéficiaires sont soit d'une extrême vulnérabilité, soit avec une très grande solidarité communautaire. Nous restons attentifs à la manière dont les populations peuvent « repartir » et les soutenons dans leurs stratégies de redressement.

13 Pour le choléra, notre réponse fut là aussi assez importante. De plus, nous étions présents depuis plusieurs années dans l'Artibonite, la région où l'épidémie a commencé si bien que nous étions parmi les premiers à intervenir sur cette question. À l'heure actuelle, nous réfléchissons à renforcer sur du très long terme des centres de santé de premier échelon sur Port-au-Prince. On en a identifié trente, auxquels on a adossé des UTC, Unités de Traitement Choléra, des petites entités qui vont prendre en charge entre deux et dix cholériques et surtout faire du référencement pour orienter les cas les plus graves dans les centres offrant une prise en charge thérapeutique plus complète.

14 Enfin, le MSPP, le ministère de la Santé en Haïti, nous a demandé de faire une enquête dans le Nord du pays, pour aller relever et former tous les centres qui allaient être au front de l'épidémie.

15 Voilà en ce qui concerne la réponse choléra pour laquelle on a renforcé la prise en charge avec huit ou neuf personnes spécialisées et une équipe locale dédiée à l'épidémie d'une centaine de personnes sur un effectif global de 390 personnels locaux.

16 En termes de ressources, on a réussi à mobiliser – entre la générosité du public, les grands donateurs et les institutions européennes – de quoi prendre en charge ce dispositif pendant à peu près 28 mois, à compter du séisme.

17 Un dernier indicateur que je voudrais évoquer : l'activité des abris temporaires. Au démarrage, nous étions ambitieux, nous avons commencé dans le tissu intra-urbain à Port-au-Prince, mais il est très compliqué de trouver des terrains libres. Pensez qu'il y a, ne serait-ce qu'un mois et demi, le déblaiement nous coûtait 52 dollars par m3 et vous imaginez le nombre de m3 qu'il faut déblayer pour installer des abris, sans compter qu'il faut s'arranger avec les propriétaires qui ne sont pas forcément enclins à accueillir des voisins sur leurs parcelles.

18 Le paradoxe, c'est que les plus pauvres des Haïtiens avaient des stratégies de survie et de réadaptation déjà « rodées » en quelque sorte, si bien que ce sont ceux qui s'en sortaient un peu mieux, qui avaient eu accès à la propriété ou au moins à la location, qui ont été le plus affecté par le séisme.

Luc Evrard

19 Vous avez évoqué le prix du m3 du gravats à évacuer, à savoir 52 dollars, alors que le chiffre couramment admis est de 20 millions de m3 de gravats à dégager ! On voit instantanément l'argent dont il faudra disposer pour nettoyer les effets du séisme. Quant aux abris provisoires dont vous parlez, on peut craindre qu'ils soient destinés à durer un certain temps, non ?

Antoine Petibon

20 Sans doute, mais faute d'un gouvernement en capacité de décréter les lignes directrices de la reconstruction notamment, on ne peut guère faire mieux pour le moment.

Luc Evrard

21 Anne Urtubia, vous avez en quelque sorte le « privilège de l'antériorité » en Haïti, puisque Médecins du Monde est là-bas depuis très longtemps…

Anne Urtubia

22 Effectivement, Médecins du Monde est présent en Haïti, dans la Grande-Anse en particulier, depuis 1989. La Grande-Anse est un département rural, extrêmement enclavé. Constatant un accès aux soins particulièrement difficile avec des barrières financières importantes, Médecins du Monde a décidé de s'engager auprès des autorités

sanitaires afin d'apporter un soutien à un système de santé plus équitable et efficient, avec une attention particulière pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, la mortalité maternelle étant extrêmement élevée : 630 décès pour 100 000 naissances, un des taux les plus élevés au monde.

23 Aujourd'hui, MDM est toujours dans la Grande-Anse, et si le séisme n'a pas atteint ce département, ses conséquences ont toutefois été vivement ressenties par la population puisque 120 000 personnes – sur un département qui en compte 350 000 – sont revenues dans leur département d'origine. La pression sur les familles a été d'autant plus énorme que ces mêmes personnes étaient celles qui apportaient une aide substantielle à la survie des familles... Il fallait donc renforcer le dispositif d'accès aux soins pour tous.

24 A Port-au-Prince, nous étions depuis 1994 sur une toute autre problématique, celle de la violence. En 1994, il s'agissait de la violence dite « organisée », violence politique suite au coup d'État de 1991 qui avait provoqué au sein de la population de graves traumatismes, tant physiques que psychiques. Nous avons alors monté une unité médico-psy pour prendre en charge ces victimes et surtout constituer des dossiers dans la perspective d'une réhabilitation future. Car 1994, c'est aussi le retour d'exil d'Aristide accompagné d'un fol espoir de changement social dans tout le pays. Si la violence était alors conjoncturelle, nous nous sommes vite rendu compte qu'elle était aussi structurelle et profondément ancrée dans la société. Nous avons donc décidé de mettre en œuvre un programme d'amélioration de la prise en charge des victimes de toutes formes de violence. Nous avons axé notre travail sur la formation de personnels soignants dans des structures de santé publiques ou mixtes. Ceci induisait un partenariat avec les autorités sanitaires et un réseau d'acteurs civils, comme URAMEL, association partenaire aujourd'hui fortement reconnue avec laquelle il s'agissait de développer la médecine médico-légale en Haïti dans la perspective de lutte contre l'impunité. Si j'explique tout cela, c'est pour montrer qu'on pouvait en Haïti, à cette époque-là, faire quelque chose avec les autorités. Et de fait, on a travaillé en lien étroit avec le ministère de la Condition féminine, le ministère de la Santé et le ministère de la Justice sur cette problématique. Des avancées ont été constatées, fruit d'une « concertation nationale » et d'une collaboration entre ministères, société civile et organisations internationales, aboutissant, par exemple en 2005, à un plan national de lutte contre les violences faites aux femmes.

25 Quand survient le séisme, ce projet qui arrivait en phase de désengagement a été interrompu. Après une phase d'intervention d'urgence chirurgicale, MDM s'est inscrit dans dix sites de camps de déplacés dans lesquels ont été installées des cliniques de prise en charge de soins de santé primaires, santé reproductive et vaccination et un volet de prise en charge des violences, celles-ci tendant à augmenter vu les conditions de précarité dans lesquelles vit la population. D'autre part, un volet de prise en charge des personnes affectées psychologiquement est développé avec des animateurs communautaires et des psychologues haïtiens.

26 Enfin, Médecins du Monde est bien sûr également impliqué dans la prise en charge du choléra, avec sept unités de traitement du choléra et un centre de traitement choléra, peut-être un deuxième à venir. Il en va de même à Grande-Anse.

Luc Evrard

27 Je me tourne vers Martin Spitz que j'ai gardé en quelque sorte « pour la fin » puisqu'on n'assimile pas forcément la Fondation de France aux situations d'urgence. Pourtant

vous y êtes aussi, même si vous cherchez à inscrire votre action dans un schéma plus durable, lié bien sûr au développement…

Martin Spitz

28 C'est vrai que la Fondation de France se distingue des autres intervenants parce qu'elle n'est pas un opérateur de terrain. En tant que bailleur, c'est-à-dire collecteur et redistributeur de fonds, elle intervient moins sur l'urgence immédiate que sur la post-urgence. Elle intervient depuis une vingtaine d'années sur différents terrains, que ce soit en Colombie en 1985, dans les pays touchés par l'ouragan Mitch en 1998, en 2003 suite au séisme en Algérie ou en 2004 lors du tsunami. En Haïti, la Fondation était déjà intervenue à plusieurs reprises à l'occasion de cyclones.

29 Après le séisme de janvier 2010, la presse, notamment radiotélévisée, nous a sollicité pour pouvoir gérer les dons que les médias allaient pouvoir solliciter de la générosité du public. On s'est mobilisé immédiatement, nous avons constitué un comité d'experts bénévoles pour étudier les différentes demandes des ONG qui sollicitent un soutien et arrêter les principes d'intervention. En gros, un quart des sommes collectées est destiné à des opérations d'urgence, les trois quarts étant réservés à la reconstruction, ce qui est une intervention plus habituelle de la Fondation de France. Nous avons posé des principes, comme réserver notre appui à des ONG françaises professionnelles intervenant en urgence, qui garantissent vouloir jouer le jeu de la coordination, ce qui me semble vraiment le mot-clef, surtout dans ces phases d'urgence immédiate.

30 Les interventions en reconstruction prennent des formes très variables. Ce n'est pas seulement du béton, c'est plus largement « reconstruire la vie ». Là, le maître mot c'est le partenariat local avec les associations, la participation des populations, l'aval des autorités sur lesquelles les ONG doivent s'appuyer pendant 48 mois, puisque nous avons d'emblée inscrit l'intervention dans la durée.

31 Aujourd'hui, ce sont près de 60 projets qui ont été financés, pour lesquels on a engagé 21 millions d'euros, ce qui représente les deux tiers des 33 millions d'euros collectés par la Fondation de France, soit 8 millions pour 17 projets d'urgence et 43 projets dans la reconstruction. A cet égard, je précise que nous avons fait le choix d'équilibrer les interventions entre Port-au-Prince, qui est principalement démolie, et les provinces, en particulier les villes sur l'axe de Petit Goâve, Léogâne et puis Jacmel qui n'ont pas été épargnées, parce que nous avons le souci d'agir dans une démarche de développement local sur l'ensemble du pays et de reconstruire Haïti, et pas seulement Port-au-Prince…

32 Cela explique qu'un tiers des projets environ soit aussi bien dans l'agriculture que dans la relance économique, l'éducation, la formation, la santé, l'habitat ou la culture : en Haïti, la Fondation de France ne concentre pas ses interventions sur un seul domaine, mais reflète aussi la diversité des 400 000 donateurs qui nous ont fait confiance pour redistribuer les dons.

33 L'idée, c'est aussi de cibler les populations les plus vulnérables, d'avoir une approche très flexible et d'être vraiment toujours à l'écoute de l'évolution et des besoins.

34 Aujourd'hui, on aborde un troisième temps où l'on finance directement des projets présentés par les Haïtiens eux-mêmes et par les associations haïtiennes, même si elles ne sont pas en partenariat avec des ONG françaises. Nous venons de créer quatre « fonds d'initiatives locales » dans quatre domaines – le rural, l'urbain, l'économique et le culturel – en décentralisant la procédure d'appels à projets. Enfin, nous voulons faciliter la diffusion d'informations : dans le cadre du tsunami, nous avions ouvert un

bureau dans chacun des trois pays où nous intervenions principalement, en Inde, au Sri Lanka et bien sûr en Indonésie à Banda Ace. Il s'agissait de bureaux de coordination de l'information, dont le but était de rendre accessibles un certain nombre d'informations à des ONG qui sont implantées localement et ne peuvent participer aux réunions organisées par les Nations unies, le gouvernement ou des bailleurs. En Haïti, par exemple, une ONG basée à Grande-Anse ou aux Gonaïves ne peut pas toujours être à Port-au-Prince ; c'est en tout cas toujours très coûteux. C'est pourquoi il nous semblait important d'appuyer un dispositif similaire qui puisse relier l'information. On s'appuie sur le Clio, le Comité de Liaison Inter-ONG – dont fait partie aussi Médecins du Monde – pour relayer les informations, les traduire en créole, et les mettre à disposition des associations locales. Notre but est aussi d'en faire un centre de ressources qui capitaliserait les bonnes pratiques dans un pays où les ONG œuvrent depuis près de vingt ou trente ans et où l'on finit par savoir ce qui marche et ce qui ne marche pas. C'est pour cela aussi qu'on a pu appuyer des projets comme l'ouverture d'un centre de presse avec Reporter Sans Frontières pour redonner un espace et des outils de travail aux médias haïtiens qui ont été touchés par le séisme.

35 Sur le choléra enfin, on s'est mobilisé immédiatement pour prévenir l'extension de la maladie. Par exemple, une ONG comme le GRET (Groupe de Recherche et d'Échanges Technologiques) qui intervient depuis quinze ans dans les quartiers de Port-au-Prince sur l'eau, en particulier avec les comités de l'eau qui gèrent les bornes fontaines, a pu mobiliser immédiatement 90 responsables de ces comités pour assurer la diffusion de messages de prévention qui touchent aujourd'hui 1 million de personnes, en gros le tiers de la population de Port-au-Prince, et appuyer des centres de traitement du choléra comme ceux d'Alima et Uramel.

Luc Evrard

36 Voilà pour ce large panorama, très utile pour savoir d'où part chacun de nos intervenants mais aussi pour mesurer l'ampleur des besoins et des enjeux. Essayons de prendre encore un peu de hauteur : plusieurs centaines d'ONG sont aujourd'hui présentes en Haïti, sur tous les champs de l'action humanitaire, pas toujours avec la coordination optimale, et alors que l'Etat – déjà assez faible préalablement, fort affecté par le séisme lui-même – n'est pas toujours un interlocuteur pertinent. La question financière se pose aussi d'ores et déjà : l'aide humanitaire qui représentait jusqu'à un tiers du PIB de cette année 2010 est appelé à se tarir d'une manière ou d'une autre parce que l'élan initial n'est plus là. La question nous est posée de savoir si l'on est objectivement aujourd'hui dans une situation de dépendance humanitaire. Si tel est le cas, est-il envisageable d'en sortir, à quelles conditions et comment ? Peut-être allons-nous trouver dans la façon dont chacune des ONG ici présentes a inscrit son action dans la réalité d'Haïti des pistes qui permettraient à Haïti d'en sortir sans dommage. La conviction de certains est en effet que cette omniprésence des ONG en Haïti amène parfois à la qualifier de « République des ONG ». En quelque sorte, il y aurait une sorte de « bulle humanitaire » qui pourrait, si elle explosait, provoquer un nouveau séisme, à caractère social celui-là.

Olivier Bernard

37 C'est bien à cette question que je vais essayer de répondre et je vais le faire sous un angle qui peut paraître un peu théorique, mais c'est aussi l'objet de la revue Humanitaire que d'être un lieu de théorisation. Finalement l'enjeu, je le tirerai d'un livre de Rony Brauman qui se posait la question de savoir si l'on peut penser dans

l'urgence. Et je pense que oui, nous devons penser dans l'urgence. Mais pour bien le faire, il nous faut quelques cadres théoriques. Avant de commencer, je voudrais reprendre deux éléments bien posés par Anne Urtubia et qui, me semble-t-il, résument un peu l'histoire de Médecins du Monde ces dix dernières années en Haïti.

38 Sur Grande-Anse, Anne a dit que si l'on fait du soin, au-delà on interroge la question de l'accessibilité financière au soin, autrement dit un des déterminants de l'accès aux soins. Sur Port-au-Prince, on fait du soin physique et psychique, mais on interroge aussi la question de la violence sociale et politique. Donc, je fais le lien entre le corps, la maladie et la question sociale et politique.

39 Pour préparer cette table ronde, tenter de faire des propositions et de répondre à la question de la dépendance, je me suis appuyé sur un certain nombre de lectures. C'est d'abord un texte que je vous recommande même s'il est douloureux, difficile à entendre pour les humanitaires, c'est celui de Lyonel Trouillot qu'on retrouvera dans ce numéro à venir de la revue[2]. Lyonel Trouillot y interroge le rapport que les acteurs de l'aide en général entretiennent avec l'Autre. Pour lui, en agissant auprès des bénéficiaires et non de communautés, les acteurs ne reconnaîtraient pas l'Autre comme un sujet social, un sujet pensant, inscrit dans un rapport spécifique à l'espace et au temps. C'est un des éléments fondamentaux autour des questions de la dépendance.

40 Je me suis aussi appuyé sur un texte de François Grünewald[3] qui nous interroge sur deux éléments. D'abord un rapport à l'espace dans la mesure où, en Haïti, la communauté humanitaire a historiquement beaucoup travaillé dans le monde rural alors que le séisme l'a amené brutalement à travailler en milieu urbain. Ensuite, François Grünewald nous interroge également sur la question de l'altérité.

41 Un troisième élément m'a permis de préparer cette table ronde, à savoir de nombreux entretiens que j'ai pu avoir avec Raoul Peck, cinéaste haïtien, directeur de la FEMIS à Paris et ancien ministre de la Culture de son pays, qui a publié également ces derniers mois des textes assez rudes à l'endroit de la communauté humanitaire.

42 Et puis de manière plus personnelle, j'ai des éléments de lecture autour de la crise du Kosovo en 2000 puisque j'intervenais là-bas pour Médecins du Monde. Je pense notamment à ces questions de la relation à l'Etat et de la mobilisation humanitaire. On parlait déjà de dépendance humanitaire au moment du Kosovo alors, rappelons-nous, qu'il n'y avait pas d'Etat puisque nous assistions à une transition. Je pense aussi à l'Afghanistan, non pas en termes de contexte, mais avec la mise en place de mécanismes de contractualisation des systèmes de santé sous l'égide de la Banque mondiale dans lesquels Médecins du Monde avait refusé d'entrer en 2003-2004. Or, ce dispositif est en train d'émerger en Haïti : devrons-nous entrer cette fois-ci dans ces mécanismes de contractualisation ?

43 Comme je l'ai dit en préambule, Haïti concentre, selon moi, beaucoup d'enjeux actuels qui sont posés à la communauté internationale. Ce que je vais tenter d'analyser et d'étudier, au-delà d'Haïti, ce sont les invariants que j'observe sur un certain nombre de terrains. Trois questions, me semble-t-il, sont posées :

44 • La question de la gouvernance et de la relation à l'Etat. Luc Evrard l'a dit : l'aide internationale représente un tiers du PIB de Haïti en 2010. On ne peut pas dire que ça n'interroge pas la question de la gouvernance ;

45 • La question du mandat et de la place des organisations non gouvernementales. Les ONG ne font pas la politique des Etats, ne sont pas des agents de coopération. Elles ont une place spécifique qu'elles doivent, me semble-t-il, tenir ;

46 • La question de l'altérité.

47 Dans toutes les prises de position des uns et des autres depuis un an sur Haïti, il y a selon moi une erreur méthodologique, celle qui voudrait qu'il existe un humanitaire dominant, normatif, qui soit le fait de la volonté des puissants et l'ensemble des acteurs œuvrerait de concert à l'objectif unique. Je ne le pense pas. Bien évidemment, je ne nie pas qu'en Afghanistan la confusion entre humanitaire et militaire est une réalité ; qu'au Kosovo, à un moment donné, certaines ONG ont participé à des actions répondant à des impératifs géopolitiques. Pour autant, je me situerai bien en amont pour interroger la question de la dépendance. C'est particulièrement vrai dans les contextes d'urgence. On assiste selon moi à un mécanisme qui ne reconnaît la souffrance de l'autre que dans son corps. C'est ce que nous dit Lyonel Trouillot. L'exemple récent du choléra est emblématique : on ne parle que du choléra, on ne parle pas de ses déterminants, à savoir ses causes économiques, sociales ou politiques. C'est la seule valorisation de l'acte de soin qui est en œuvre. Cette grille de lecture s'applique à beaucoup d'autres acteurs que les ONG : les Etats, les Nations unies, les militaires. On décontextualise la situation et finalement l'Autre n'est reconnu que dans et par son corps. On nie ainsi ses rapports sociaux, son inscription dans un processus historique, son rapport à l'espace. C'est ce que je pose comme une « géopolitique des corps ». On l'observe en France : aujourd'hui, l'autre, l'étranger, le sans-papier n'est reconnu qu'au travers de sa maladie. Le droit d'asile est de plus en plus difficile à obtenir et finalement c'est à travers un expert – le médecin – et à travers la maladie du demandeur d'asile que la société va reconnaître à ce dernier un statut : c'est ce qu'on appelle « la régularisation pour raison médicale ». C'est là où je tente de répondre à la question de la place d'une ONG qui se doit de résister à ce modèle dominant. Bien sûr, il faut soigner les traumatismes. On ne pouvait pas faire autre chose le 12 janvier 2010 en Haïti. Mais il faut également savoir proposer une lecture des violences. En ce sens, ce que disait Anne sur l'activité que nous avons à Port-au-Prince depuis près de 10 ans est éclairant : nous soignons physiquement et psychiquement les victimes de violences, mais nous proposons des lectures sociales et politiques de ces mêmes violences. Bien sûr, il faut soigner le choléra, mais il faut proposer une lecture des inégalités sociales : le choléra n'affecte pas tout le monde, Saint-Domingue est peu affecté et sur Haïti, tout le monde n'est pas affecté.

48 Si j'ai pris ce temps pour composer ce déroulé, c'est bien parce que je pense que les organisations non gouvernementales doivent posséder certains prérequis qui vont conditionner leurs choix. Ça implique d'abord, me semble-t-il, un volume financier raisonnable. Nous ne devons pas impacter massivement au regard de la gouvernance des Etats. Quand je vois aujourd'hui, aux États-Unis, que Caritas aurait collecté près de 400 millions de dollars pour Haïti pour 2010, je m'interroge sur l'impact que cela aura sur la gouvernance, et donc sur la dépendance, et donc sur la question de la place de l'Etat. Les acteurs de l'aide, en tout cas les organisations non gouvernementales issues du mouvement French doctors, doivent rester des acteurs « raisonnables » au regard de la mobilisation financière, ce qui ne signifie pas des acteurs « marginaux ».

49 Quant au deuxième élément, Anne l'a bien dit : nous nous devons d'être près des communautés, en partenariat auprès des populations les plus marginales et les plus

exclues. Certes il s'agit d'apporter du soin, mais il s'agit aussi, avec elles, d'apporter des lectures politiques de cette inégalité.

50 Je voudrais terminer en revenant à l'histoire durable que MDM entretient avec Haïti sur Grande-Anse. Quand on discute avec un certain nombre de personnes qui connaissent bien cette mission, on s'aperçoit que les temps de crises, les cyclones, ont toujours ouvert la voie à des évolutions. Donc je ne vois pas la crise comme forcément néfaste, il y a aussi des opportunités en termes de changement matériel, mais aussi social. Le préalable nécessaire, c'est une inscription durable en partenariat, en interrogeant les dynamiques sociales et politiques. C'est à ce prix-là, me semble-t-il, que la question de la dépendance peut être posée. Si ces prérequis théoriques ne sont pas posés, si la seule question est celle des corps, la question de la dépendance ne pourra pas être envisagée.

Luc Evrard

51 Merci Olivier Bernard. 400 millions de dollars pour Caritas, avez-vous dit… Il faut savoir que le budget de l'Etat haïtien est de 1,2 milliard de dollars, ce qui veut dire qu'en une année, Caritas aura dépensé en Haïti le tiers de ce dont dispose l'Etat haïtien pour toute la population et tous les besoins !

Olivier Bernard

52 Je n'ai pas dit qu'ils avaient dépensé cette somme, mais qu'ils l'avaient reçue…

Luc Evrard

53 On espère qu'ils vont le dépenser en Haïti ?! En tout cas à bon escient… Ceci étant dit, c'est impressionnant… Des réactions à l'intervention d'Olivier Bernard ?

Antoine Petibon

54 L'identité du bénéficiaire à travers la maladie… Cela me semble un

NOTES

1. A lire dans le supplément offert aux abonnés de la revue et prochainement sur le site http://humanitaire.revues.org

2. Lire dans ce numéro, p. 31.

3. Lire p. 66.

RÉSUMÉS

Table ronde organisée le 2 décembre 2010
Animée par Luc Evrard, chef du service économie de la radio Europe 1
Olivier Bernard, président de Médecins du Monde

Antoine Petibon, responsable du pôle programmes internationaux à la direction des relations et des opérations internationales de la Croix-Rouge française
Thierry Allafort-Duverger, président de l'ONG Alima
Anne Urtubia, coresponsable de la mission Haïti à Médecins du Monde
Martin Spitz, responsable Solidarités internationales et urgences à la Fondation de France